Aus der Universitäts-Frauenklinik in Breslau.
(Direktor: Professor Dr. L. Fraenkel.)

Schwangerschaftsstörungen und Geburtskomplikationen bei Mitralstenose.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Kurt Renner

in Hirschberg i/Schl.

Breslau 1925.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Fraenkel.

Unter den einzelnen Autoren herrscht teilweise eine große Unstimmigkeit über die Prognose der verschiedenen Herzfehler in der Schwangerschaft. Am schlechtesten steht unter ihnen die Mitralstenose da, und die größte Zahl der Todesfälle fallen ihr oder der Kombination mit Insuffizienz zur Last, wie aus den Veröffentlichungen der meisten Autoren hervorgeht. Die Mortalität der Mitralstenose stellt sich bei Traugott-Kautsky auf 28%, bei Fromme 71,42%, Stelius 12,5%, Macdonald 64%, Perak 61%, Irving 21%. D. G. Campbell fand unter 159 Vitien 67 Mitralstenosen, darunter 26 Geburten ohne Störungen und 4 Todesfälle. Hamilton fand in über 50% von schwangeren Frauen, welche Herzsymptome hatten, keinen organischen Herzfehler. Er hält ein Vitium in der Gravidität fast immer für rheumatischer Natur. Die Mortalität der Kinder fand Fellner bei Mitralstenose und Insuffizienz noch größer als bei reiner Stenose. Es starben bei seinem Material 27 von 55 Kindern. Für die Diagnose der Mitralstenose kann man die Röntgendurchleuchtung verwerten. Hierdurch konnten bei Mitralstenose Stauungslungen in 27% festgestellt werden, wie Frey in seiner Arbeit „Herz und Schwangerschaft" angibt. Es ist wichtig, neben Größe und Art des Vitiums, auch auf anamnestische Ursachen früheren Versagens des Herzens zu achten, und das Alter der Patientin nicht zu vergessen, da bei starker Mitralstenose die Aussicht über das 40. Lebensjahr zu kommen, an sich schon gering ist und meistens dann im 5. Dezennium der Exitus eintritt. Für die Mutter ist die Gefahr unter der Geburt und unmittelbar nach derselben am größten, und

Küstner sagt, daß die schweren Herzinsuffizienzen nach der Geburt viel häufiger sind, als man annimmt. Benthin und viele Geburtshelfer geben für die große Sterblichkeit der Mitralstenose die Erklärung, daß der schon erschwerte und gestaute Lungenkreislauf in der Schwangerschaft durch die gesteigerten Widerstände im kleinen Kreislauf noch mehr belastet wird, und dann das Herz versagt.

Die Frage, welche Therapie der Arzt einzuschlagen hat, ist nach v. Jaschke am besten in einer gemeinsamen Beratung eines Internisten und Gynäkologen zu suchen. Nach möglichster Beseitigung der Dekompensation durch Bettruhe und Medikamente unterbricht E. Webster im Frühstadium, da ohne das vorherige die Eingriffe gefährlich werden können. Der Ausgang ist hierbei fast immer günstig, auch bei hochgradiger Dekompensation. Je weiter aber die Gravidität fortgeschritten ist, desto größer sind die Gefahren, denn Abort, Frühgeburt und Geburt sind verschieden zu beurteilen. Für die Leitung der Geburt gibt Frey die Anweisung, möglichst schnell und schonend vorzugehen. Das Stadium der Preßwehen und der aktiven Teilnahme der Frau soll durch Narkose und Extraktion möglichst abgekürzt werden. Am besten geschieht das auf operativem Wege, durch den Kaiserschnitt. Kautsky führt die zervikale, transperitoneale Sectio in lokaler Infiltrationsanästhesie und Sakralanästhesie aus. Um die Aufregung der Patientin herabzusetzen, sind einige Züge reinen Sauerstoffes aus einem Roth-Dräger oft von auffallend beruhigender Wirkung. Wenn das nicht genügt, so ist eine leichte Äthernarkose weniger schädlich für das Herz, als die Angst und Aufregung der Schnellentbindung. C. Webster gibt der Sectio die bestmöglichste Prognose. Er operiert in ausgedehnter Lokalanästhesie. Zur Narkose benutzt er ein Gemisch von Stickoxydul-Sauerstoff. Bei dieser Operation sollte die Beckenhochlagerung möglichst abgekürzt oder vermieden werden, wegen Gefahr der Atembehinderung durch nach oben drängen der Eingeweide (Frey, Sellheim, Webster). Eine vorteilhafte Art der Anästhesie für die Sectio abdominalis ist die Kombination von Morphium und

Skopolamin mit Lokalanästhesie, wie sie F. C. Irving anwendet. Er hält diese Anästhesie besonders bei Mitralstenose und bei rheumatischen Komplikationen für angebracht. Unter 31 Fällen wurden 15 lebende Kinder erzielt, die alle am Leben blieben. Eine schädliche Wirkung des Skopolamins konnte weder bei den Müttern, noch bei den Kindern festgestellt werden. Die deutschen Autoren führen meist die hysterotomia anterior aus, während die Amerikaner den abdominalen Kaiserschnitt bevorzugen.

Eine Mitralstenose an sich gibt für eine Unterbrechung keinen Anlaß, nur bei Kompensationsstörungen kann darüber eine Erörterung stattfinden, und eine sofortige Unterbrechung ist nur bei augenblicklicher Lebensgefahr angezeigt. Es soll daher stets ein Versuch der internen Behandlung stattfinden, erst nach Versagen der Digitalistherapie ist ein Eingriff erlaubt. Nur bei vorwiegend myokarditischen Erkrankungen, frischen und rezidivierenden Prozessen am Endo- oder Perikard ist ein aktives Vorgehen erlaubt. Eine prophylaktische Unterbrechung ist nur statthaft, wenn im Verlauf einer erst kürzlich überstandenen Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett nachweislich schwerste Störungen sich geltend machten und eine Schonung nicht möglich ist.

Zum Schluß werden einige Krankengeschichten angeführt.